

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 5 avril 1895, à 1 heure

Par G. CUBERTAFON

Né à Coussac-Bonneval (Haute-Vienne), le 28 janvier 1869.

DES POLYARTHRITES PELVIENNES
DANS LA PUERPUÉRALITÉ

Président : M. STRAUS, professeur

*Juges : MM. A. ROBIN, professeur
DÉJERINE, GAUCHER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, rue Racine, 45

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 5 avril 1895, à 1 heure

Par G. CUBERTAFON

Né à Coussac-Bonneval (Haute-Vienne), le 28 janvier 1869.

DES POLYARTHRITES PELVIENNES
DANS LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. STRAUS, professeur

*Juges : MM. (A. ROBIN, professeur.
(DÉJERINE, GAUCHER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

—
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DES POLYARTHRITES PELVIENNES

DANS LA PUERPUÉRALITÉ

INTRODUCTION

Une théorie fort ancienne, puisqu'elle se réclame de la paternité d'Hippocrate, théorie qui a été renouvée par Severin Pineau et Ambroise Paré, voulait que la symphyse pubienne s'entr'ouvre au moment de l'accouchement pour livrer passage au produit de conception.

Actuellement cette opinion a dû disparaître durant une plus juste interprétation des faits. Les auteurs qui avaient élaboré la théorie avaient considéré comme le fait ordinaire quelques cas exceptionnellement exagérés du ramollissement habituel des symphyses que nous allons présenter dans le premier chapitre de cet ouvrage.

Là n'est pas néanmoins notre but principal, et nous ne

donnons la description du relâchement physiologique que pour en faire ressortir la constance et par là montrer le rôle qu'il joue dans le développement des arthrites pelviennes.

Nous reconnaissons à ces arthrites trois aspects différents suivant qu'elles sont suppurées ou non, aiguës ou chroniques; et chacune de ces formes sera l'objet d'un chapitre spécial. Le premier sera consacré aux arthrites aiguës non suppurées, le second aux arthrites chroniques, et le troisième enfin traitera des arthrites aiguës suppurées.

A l'appui de nos conclusions nous apportons quelques observations dont les premières, empruntées à divers auteurs, sont relatives aux arthrites aiguës non suppurées et les trois dernières, qui nous sont personnelles, ont rapport aux arthrites chroniques sur lesquelles, vu le peu de descriptions qu'on en a donné, nous nous proposons particulièrement d'insister.

Mais, avant d'aller plus loin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à ceux à qui nous devons les connaissances médicales que nous avons acquises.

Nous avons débuté à Limoges, et nous ne saurions oublier que dans cette école nous avons puisé un enseignement dont nous avons pu apprécier l'heureuse influence sur la suite de nos études.

A Paris nous avons trouvé dans MM. Rigal, Faisans, Lejars et Bonnaire, des maîtres dont la bienveillance à notre égard ne s'est pas démentie, et nous nous souviendrons toujours de leurs leçons à la fois si utiles et si agréables.

C'est à M. Bonnaire que nous devons l'idée de cet ouvrage, nous le remercions tout particulièrement, et nous sommes heureux d'être l'écho de sa parole si autorisée en ces matières.

M. le professeur Straus a bien voulu accepter d'être notre président de thèse; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

HISTORIQUE

Ambroise Paré avait vu le rôle joué par l'écartement des symphyses dans l'accouchement et, le premier, il en signala comme conséquence l'existence d'une claudication prolongée. Mais la première relation d'arthrite pelvienne est due à Smellie, accoucheur de Londres : « Une femme de 35 ans, dit-il, ressentit pendant l'accouchement, au niveau de l'articulation sacro-iliaque, une douleur fort vive qui obligea la malade à garder le lit vingt jours, et dont elle ne fut débarrassée qu'au bout de six mois par l'usage des bains froids. »

En 1767, Hermann signale l'existence des arthrites suppurées. Il vit sous les auspices de Levret, une femme dont une partie du sacrum et de l'os iliaque avaient disparu, détruits par une suppuration de l'articulation correspondante.

Désormeaux dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, décrit le premier, les douleurs coccygiennes qu'il attribue à une sorte d'entorse du coccyx.

En 1842, Joyeux fait de l'inflammation des symphyses l'objet de sa thèse inaugurale, et il en apporte six observations; dans quatre l'articulation suppure et la mort

est trois fois la terminaison de cet état. Deux localisées au pubis ne suppurent pas et guérissent en un mois.

Trousseau a signalé lui aussi en 1865 deux arthrites suppurées du bassin dont une s'est terminée par la mort. Et l'année suivante paraît la thèse de Feuillet intitulée : « *Les arthrites du bassin survenant pendant la grossesse ou après l'accouchement.* »

A cette époque, on n'établit pas entre arthrites simples et arthrites suppurées la grande distinction étiologique qui doit exister entre elles; on en fait les deux étapes d'une même affection inflammatoire. Le pronostic dans la deuxième forme est fort sombre; on traite l'état général par des saignées et des purgatifs, mais l'on est très sobre d'incisions, aussi le résultat est souvent fatal.

En 1876, Ahlfeld recherche les causes de l'arthrite aiguë; il en fait la conséquence d'une inflammation antérieure de l'article ou d'une disposition congénitale particulière; et la cause directe en est due à l'écartement des symphyses produit pendant l'accouchement, soit par la tête du fœtus, soit par le forceps.

En 1889, Dührssen présente une étude très complète du sujet. Il sépare nettement les cas de suppuration dus à une inflammation locale de ceux qui sont sous la dépendance de la pyohémie; il fait ressortir les différences de pronostic et conseille l'ouverture au bistouri dès que la suppuration est évidente. Il signale aussi l'arthrite aiguë non suppurée et la met sur le compte d'une plaie non septique du vagin.

Enfin, le 1^{er} avril 1893, M. Budin fait des arthrites pelviennes le sujet d'une clinique à la Charité, il étudie

surtout les arthrites aiguës non suppurées et indique leur tendance à récidiver à l'occasion de nouvelles grossesses. C'est dans cet ouvrage que nous avons trouvé signalée, pour la première fois, cette tendance des arthrites à devenir chroniques et persister quelquefois fort longtemps.

CHAPITRE PREMIER

Relâchement physiologique des symphyses pelviennes pendant la grossesse.

En 1579, pour la première fois, on constata un écart entre les faces pelviennes d'une femme morte après un accouchement, depuis, de nombreuses autopsies ont confirmé cette découverte. Morgagni vit le premier le liquide qui infiltre les tissus interarticulaires, et actuellement les lésions sont comprises de la façon suivante :

Il existe une vascularisation notable des diverses parties de l'articulation ; les extrémités cartilagineuses, de rugueuses et dépolies qu'elles étaient, deviennent lisses et unies, et le cartilage lui-même est épaissi, rouge, ramolli. Les cavités synoviales, rudimentaires à l'état normal, sont très développées et remplies d'une sérosité jaunâtre, l'épithélium qui les tapisse devient très difficile à distinguer ; les ligaments sont infiltrés, allongés et deviennent moins résistants.

Mais, en général, les autopsies ont été faites après

l'accouchement ou sur des femmes qui avaient présenté de la douleur des symphyses pendant leur grossesse; aussi avait-on pu en déduire que le bassin ne s'élargissait qu'au moment de l'accouchement ou bien que tout relâchement était pathologique. Ce n'est que depuis que les accoucheurs ont cherché de parti pris le degré de mobilité articulaire, et ont comparé son évolution à celle de la grossesse, que l'on apprécie à leur valeur ces phénomènes.

Lenoir a obtenu une mobilité très nette dans vingt-deux articulations pelviennes et sacro-iliaques qu'il a examinées et affirme qu'il y a toujours une augmentation des diamètres du bassin avant la fin de la gestation.

M. Budin affirme, d'après l'examen de quatre-vingt femmes enceintes, qu'une certaine mobilité des symphyses pubiennes existe toujours pendant la grossesse et augmente jusqu'à l'accouchement.

Chally considère ce relâchement comme constant et nécessaire.

M. Bonnaire, qui soumet à un rigoureux examen toutes les femmes qui entrent à l'asile Michelet, trouve constamment vers la fin de la grossesse un glissement d'ordinaire très léger, des faces articulaires.

M. le professeur Tarnier dans une clinique faite en 1894 déclare que, chez toutes les femmes arrivées près du terme, il existe de la mobilité des os du bassin.

Inappréciable en général dans les premières périodes de la grossesse, le ramollissement des symphyses augmente progressivement à mesure qu'approche le terme. Il est pour M. Budin moins prononcé chez les primipa-

res et augmente dans les grossesses suivantes. Braun prétend qu'il existe à un degré moindre chez les primipares âgées que chez les primipares jeunes, et suppose que ce pourrait bien être là la cause des fréquentes difficultés que présente l'accouchement dans ces cas. L'écartement des faces articulaires est en général très léger : un à deux millimètres sont une moyenne déjà élevée pour la symphyse pubienne ; on l'a néanmoins vu atteindre des chiffres bien supérieurs.

Mme Lachapelle a constaté un intervalle de vingt-sept millimètres.

Lusk estime que la distance entre les pubis peut être doublée à la fin de la gestation.

Bianchi, Vesling, Morgagni, Hunter, Velpeau, ont trouvé une séparation suffisante pour admettre le bout de l'index et M. Bonnaire a pu faire deux fois la même constatation.

La mobilité de la symphyse sacro-iliaque est beaucoup moins appréciable. Awater, néanmoins, a décrit un bassin dans lequel les os iliaques et le sacrum étaient tellement mobiles que l'on pouvait les faire glisser l'un sur l'autre d'une étendue de deux millimètres.

Quant au coccyx, il devient très libre à la fin de la grossesse.

La mobilité des os du bassin se recherche par différents procédés suivant la symphyse à examiner.

Pour l'articulation sacro-coccygienne, la mobilité étant très considérable, la constatation en devient très nette. Si l'on pratique le toucher, la femme étant couchée sur le côté, il est très facile, avec l'index placé dans le vagin,

de repousser le coccyx d'avant en arrière pendant que le pouce placé à l'extérieur, au niveau de l'interligne, constate que le sacrum reste immobile.

La meilleure façon de rechercher la mobilité du pubis est la suivante : on pratique le toucher, la pulpe du doigt en avant et appuyée contre la face postérieure de la symphyse ; on demande alors à la femme de marcher sur place et l'on sent les deux os glisser l'un sur l'autre à chaque mouvement. D'après Bratin, si l'on fait balancer la patiente alternativement sur l'un et l'autre pied, les extrémités inférieures des faces pubiennes se séparent et l'on peut sentir un écart de quelques millimètres.

M. Budin pense que la mobilité des symphyses sacro-iliaques doit être rarement constatable à cause de cette saillie osseuse que l'on rencontre parfois partant de l'os des îles pour s'engainer dans une cavité correspondante du sacrum. Néanmoins Bratin conseille de pratiquer le toucher rectal en demandant à la femme les mêmes mouvements que pour l'examen du pubis ; ou encore de prendre les deux os iliaques dans les mains et de leur imprimer des mouvements alternatifs ; on sent leur va et vient contre le sacrum.

Louis a le premier cherché à donner une explication de ces phénomènes. Pour lui la tête du fœtus appuyant sur la symphyse pubienne en amène la séparation comme le polype naso-pharyngien repousse les os du nez. Mais sa théorie tombe devant ce fait qu'il n'y a pas de corrélation nette entre le volume du fœtus et le degré d'écartement des symphyses. On a aussi invoqué la compression des veines par l'utérus gravide donnant lieu à de l'infil-

tration des tissus interarticulaires. Il est fort probable que la vraie cause réside dans cette action spéciale de la grossesse qui imprime à tous les organes qui jouent un rôle dans la procréation une hypertrophie et un ramollissement particuliers destinés à favoriser l'évolution du fœtus pendant la grossesse et son passage au moment de l'accouchement. Et, dans les suites de couches, de même que l'utérus a tendance à reprendre son volume et sa structure primitive, de même, dans les jointures pelviennes, il se fait un travail de regression vers l'état antérieur. Et, si aucune influence pathologique ne vient contrarier l'évolution normale, trois ou quatre jours après la délivrance, il n'y a plus de mobilité dans la symphyse pubienne.

Ces considérations nous permettent d'admettre une mobilité des symphyses constante et quelquefois assez étendue à la fin de la grossesse. C'est là un processus physiologique, et aucune sensation anormale n'en vient révéler l'existence. Quelquefois cependant il s'accompagne de douleurs, c'est alors le relâchement pathologique; d'autres fois encore, son existence favorise le développement d'arthrites variées. De la première de ces complications nous ne parlerons guère, sa description ne rentrant pas dans le cadre que nous nous sommes tracés; l'étude de la seconde au contraire sera le sujet des chapitres suivants.

CHAPITRE II

Arthrites aiguës non suppurées.

La première arthrite aiguë non suppurée du bassin est relatée par Smellie. Il en décrit fort bien les symptômes, mais il en méconnut la nature ; à cette époque, en effet, on ne la distinguait pas du relâchement pathologique des symphyses. Actuellement les deux affections sont bien distinctes et voilà comment l'on comprend l'arthrite aiguë.

Les symptômes peuvent apparaître déjà pendant la grossesse. Dans ces cas les femmes éprouvent des douleurs qui souvent affectent toutes les articulations du bassin ; ces douleurs lorsqu'elles sont ainsi généralisées n'ont pas l'aspect habituel de l'arthrite aiguë type ; elles sont moins nettes et beaucoup moins intenses. Mais ce n'est là qu'un état transitoire qui disparaît toujours après l'accouchement. Cette limite n'est d'ailleurs pas indispensable, et souvent même pendant la grossesse, parmi toutes les symphyses atteintes, l'intensité plus grande de la douleur, ses caractères particuliers au niveau de l'une d'elles

attirent déjà l'attention ; l'arthrite aiguë des suites de couches est en effet généralement mono-articulaire ; et parfois même dès le début une seule articulation est touchée, les mouvements sont empêchés de ce côté, et la douleur est vive. Au moment de l'accouchement dans la jointure qui est le siège de l'arthrite, les souffrances présentent une aggravation qui persiste pendant toute la durée du passage du fœtus, mais est surtout marquée au moment de l'engagement. Car c'est alors, en effet, que l'écartement entre les os est le plus considérable.

D'autres fois les femmes n'ont éprouvé pendant la grossesse aucune sensation anormale et l'affection débute pendant l'accouchement. Tout à coup la femme ressent une vive douleur sur l'un des côtés du bassin ; c'est une sensation fort vive, une souffrance très aiguë qui l'oblige à modérer ses contractions. Il est bien probable qu'alors il s'est produit dans un ligament articulaire une légère déchirure que l'engagement progressif de la partie fœtale tend à ouvrir de plus en plus.

Dans une troisième forme enfin la grossesse a été normale, l'accouchement facile ; c'est dans les suites de couches que la femme s'aperçoit que les mouvements de l'un des membres inférieurs presque impossibles causent des douleurs qui ne tardent pas à devenir intolérables.

A quelque moment que l'affection ait débuté, elle se présente, une fois constituée, avec des symptômes qui diffèrent de siège suivant l'articulation atteinte mais qui ont toujours les mêmes caractères généraux. C'est dans la symphyse sacro-iliaque gauche que siège ordinairement l'affection à cause de la fréquence plus grande de la pré-

sensation occipito-iliaque gauche antérieure, présentation dans laquelle la pression du fœtus s'exerce plus particulièrement sur l'os de ce côté. Très fréquemment cette articulation est seule douloureuse ; mais les autres peuvent aussi l'être, soit isolément, soit groupées de diverses façons. Joyeux dans sa thèse rapporte deux cas où le pubis fut seul atteint ; Ahlfeld a vu une femme qui souffrait seulement de sa symphyse pubienne et une autre dont la symphyse sacro-iliaque droite était la seule malade ; la même localisation à droite a été observée par M. Budin.

Le symptôme qui attire immédiatement l'attention est la douleur, douleur continue, sourde en général, le moindre mouvement l'exaspère et la transforme en lancinations extrêmement vives qui se répètent et peuvent donner lieu, comme chez une malade d'Ahlfeld, à des crises d'un quart d'heure pendant lesquelles la souffrance arrache des pleurs et des cris à la patiente. Aussi la malade évite-t-elle soigneusement tout mouvement qui pourrait rappeler un paroxysme, elle reste étendue sur le dos dans le repos absolu. Quelquefois même les exacerbations éclatent sans motif apparent et la nuit le sommeil est rendu impossible,

Ces douleurs ont leur maximum dans les reins, à la partie supérieure de la fesse si les articulations sacro-iliaques sont atteintes, si c'est le pubis au contraire elles siègent à son niveau sur le mont de Vénus et dans l'aîne. Dans la symphysite pubienne, il y a fréquemment de la dysurie ; la constipation est au contraire une conséquence habituelle des arthrites sacro-iliaques. Au milieu de souff-

frances aussi pénibles, l'état général reste bon, et l'on voit chez ces femmes, à qui la douleur arrache des cris, l'appétit rester normal et le thermomètre ne pas dépasser 37°.

Les symphyses sacro-iliaques ne présentent aucune tuméfaction constatable à l'extérieur ; au niveau de la symphyse pubienne au contraire, Ahlfeld et Joyeux ont noté l'existence d'un gonflement léger, la peau a conservé sa couleur et il n'y a pas de chaleur locale.

Dans tous les cas, la pression, ainsi que tous les mouvements employés pour décèler la mobilité des symphyses réveillent une sensibilité exquise au niveau de l'interligne.

Le toucher vaginal est quelquefois impossible tant il est douloureux, si on peut le pratiquer, on constate dans les arthrites sacro-iliaques, au fond du vagin en arrière et sur le côté une légère induration, un bourrelet longitudinal correspondant à la jointure ; les tissus périarticulaires ne sont pas œdématisés, ce bourrelet est le siège d'une vive sensibilité.

C'est à M. Bonnaire que nous devons les caractères de ce gonflement qu'il a eu l'occasion d'observer fort net à deux reprises ; une première fois en 1889 dans le service de M. le professeur Tarnier et une deuxième à la Pitié sur une femme dont nous rapportons l'observation.

Cet état peut persister ainsi un certain temps ; mais en général, à la condition que la malade reste couchée et immobile, les choses s'amendent peu à peu et les douleurs diminuent d'intensité ; bientôt elle peut exécuter quelques légers mouvements sans réveiller ces crises

atroces dont nous avons parlé; bientôt même la pression au niveau des symphyses devient tolérable et la malade essaye de se lever. Au début la station debout est très pénible et la patiente est obligée de rester étendue sur une chaise-longue ou dans un fauteuil. Puis les douleurs s'amendant de plus en plus, elle se hasarde à faire quelques pas appuyée sur une canne; bientôt même la marche n'éveille plus aucune souffrance, la guérison est complète.

Telle est l'évolution ordinaire de l'arthrite aiguë non suppurée, et la durée moyenne est d'un mois environ. Ahlfeld rapporte même un cas qui guérit au bout de huit jours.

Mais à côté de cette marche qui est la plus fréquente, il n'est pas rare de voir l'arthrite se prolonger plus longtemps, dix-huit mois comme dans un cas observé par M. Budin; mais là nous nous trouvons en face de cas dont l'étude serait peut-être mieux placée au chapitre suivant parmi les arthrites chroniques. Ailleurs la guérison n'est pas, comme d'habitude, définitive elle reparait à chaque nouvelle grossesse: M. Budin a vu une femme qui avait été enceinte trois fois et chaque grossesse avait été l'occasion de l'apparition d'une arthrite sacro-iliaque.

Il nous reste maintenant à aborder la question assez obscure de la pathogénie des arthrites aiguës du bassin. Nous ne pouvons affirmer nettement n'en ayant aucune observation personnelle; mais, nous appuyant sur la conception que l'on s'est faite des arthrites puerpérales ordinaires, nous nous croyons autorisés à préjuger fortement

de la nature de celles qui ont le bassin pour siège. Et tout d'abord nous déclarons que nous les croyons d'essence blennorrhagique.

Depuis la description soulevée par Lorrain en 1866 à la Société médicale des hôpitaux, les arthrites puerpérales ont été l'objet de nombreuses descriptions. On en a fait tout d'abord une manifestation de la diathèse rhumatismale réveillée par la grossesse. Mais on a dû abandonner cette interprétation lorsqu'on a mieux connu le rhumatisme articulaire aigu; on a vu en effet qu'au lieu d'une polyarthrite fébrile, mobile et passagère, on se trouvait en face d'une affection généralement apyrétique, fixe et se terminant fréquemment par l'ankylose de l'article. Ces caractères étaient trop tranchés pour qu'il soit possible de persévérer dans la même confusion; on a vu alors dans les arthrites de la grossesse une affection spéciale due à une action névrotrophique.

Mais si on ne trouvait pas dans l'arthrite puerpérale les caractères du rhumatisme aigu franc, on a été obligé de remarquer son analogie avec l'arthrite blennorrhagique. En 1881, M. le professeur Bouchard fit ressortir cette ressemblance et conclut à l'identité des deux affections. En 1884, la thèse de Patenôstre contenait sept observations de femmes atteintes d'arthrites puerpérales chez qui on constata l'existence de l'infection blennorrhagique, et M. Vinay a vu chez cinq femmes, dans les mêmes conditions, l'enfant naître quatre fois avec une ophtalmie purulente; une fois même il a constaté la présence de gonocoques dans le col utérin de la parturiente.

Ces faits nous paraissent bien établir la nature blennor-

rhagique de ce qui fut le rhumatisme puerpéral; la même déduction est-elle possible au sujet des symphysites pelviennes? C'est là, nous l'avons dit, notre opinion; en effet, si on les rapproche des autres arthrites qui se produisent pendant la puerpéralité, on trouve avec elles de grandes ressemblances. Les unes comme les autres, elles peuvent débiter ou pendant la grossesse ou pendant les suites de couches; toutes ont tendance à n'occuper qu'un nombre restreint d'articulations, et la symphysite aiguë du bassin comme les arthrites des membres se localise le plus souvent à une seule jointure; comme elles, elle évolue ordinairement sans fièvre, elle a la même ténacité qui la fixe sur l'articulation qu'elle a choisie, et dans les deux cas on note une certaine tuméfaction, moindre naturellement dans les symphyses pelviennes, qui n'ont qu'un rudiment de séreuse et où l'adhérence des os est plus intime.

La façon dont débute l'arthrite sacro-iliaque plaide encore en faveur de son assimilation à l'arthrite blennorrhagique. En effet, lorsqu'elle se montre déjà pendant la grossesse, avant que le traumatisme de l'accouchement ne soit venu en fixer brutalement la détermination sur l'une des symphyses, elle commence par ces douleurs vagues que nous avons signalées, douleurs qui effleurent simultanément toutes les jointures avant de se fixer sur l'une d'elles; ce qui est bien là le mode de procédé ordinaire de l'infection gonococcique.

D'après la situation des symphyses qui les rend tout particulièrement exposées pendant l'accouchement, on serait tenté de croire que la réaction qui s'y développe est la cause directe du traumatisme qu'il produit, tout

comme les symptômes qui accompagnent l'entorse en sont la conséquence immédiate. Il y a certainement là, comme nous allons le dire tout, à l'heure, une condition favorable; mais elle n'est pas tout car depuis longtemps les auteurs ont reconnu que l'arthrite peut se produire après des accouchements faciles et bien souvent elle ne se montre que quelques jours après la violence qui aurait dû la créer. D'ailleurs, à ce compte, les ruptures pubiennes et les symphyséotomies devraient inévitablement s'accompagner d'arthrites, ce qui n'est pas.

Un autre fait, invoqué pour les arthrites puerpérales en général, s'applique également aux arthrites pelviennes et infirme l'opinion qui voudrait n'en faire que la conséquence du traumatisme. C'est la disproportion qui existe entre leur rareté et la grande fréquence des grossesses.

Si à ces considérations on ajoute que M. le professeur Fournier a pu réunir quatre cas où l'infection gonococcique était la cause certaine d'arthrites aiguës du bassin; si l'on songe que la blennorrhagie évolue chez la femme d'une façon assez latente pour pouvoir passer fréquemment inaperçue, on est bien tenté de croire que c'est elle qui cause toutes les symphysites pelviennes non suppurées.

Elle trouve d'ailleurs dans les jointures du bassin un milieu essentiellement favorable à son développement. Nous avons vu en effet que la grossesse a fait du tissu articulaire un tissu ramolli et infiltré; c'est sur ce tissu déjà affaibli dans sa vitalité que porte le traumatisme de l'accouchement créant ainsi un *locus minoris resistentiæ* incapable de résister à l'action des agents infectieux qui se fixent à son niveau.

CHAPITRE III

Arthrites chroniques.

Dans l'affection que nous venons de présenter, les symptômes sont aigus ou subaigus, et la maladie ordinairement courte, marche progressivement vers la guérison. Ceux que nous allons maintenant décrire ont une intensité moindre, mais leur évolution est plus longue; à côté de la forme aiguë nous allons étudier la forme chronique. Nous allons tâcher de montrer l'aspect qu'elle revêt d'habitude, et nous essayerons de dégager sa nature et les conditions dans lesquelles elle apparaît; toutes choses que nous n'avons trouvée développées avec précision nulle part, ce qui fait de ce chapitre la partie la plus personnelle de notre ouvrage. Nous ne prétendons pas créer une maladie nouvelle, mais nous croyons que cette forme, plus rare probablement que la forme aiguë, mérite par la longueur de sa durée et sa fréquente résistance au traitement d'être sortie de la semi-obscurité dans laquelle on l'a laissée.

C'est ici surtout que les conseils de M. Bonnaire nous ont été précieux; il nous a fait ressortir les points importants à développer, et nos recherches n'ont fait que confirmer les indications qu'ils nous avait fournies.

Comme l'arthrite aiguë, l'arthrite chronique se manifeste par des douleurs au niveau des articulations atteintes. Ces douleurs ne sont pas absolument constantes; lorsque la femme n'est pas soumise aux conditions que nous allons étudier, elle ne souffre pas en général, ou bien les douleurs au lieu d'être continues se traduisent par des sensations assez bénignes et passagères.

En première ligne, parmi les influences nuisibles, nous devons citer la grossesse.

L'action de la grossesse est fort nette et se manifeste dès le début. Dès le commencement du deuxième mois de sa gestation, la femme, dont nous rapportons l'histoire à l'observation n° 5, a présenté une aggravation des douleurs coccygiennes dont elle souffrait depuis un accouchement précédent. Ces douleurs s'étaient amendées par le traitement antérieur lorsque, brusquement, sans cause apparente, elles subirent une violente recrudescence, en même temps que ses règles se supprimaient; cette coïncidence frappa l'attention de M. Bonnaire qui diagnostiqua ainsi le début d'une grossesse, diagnostic que l'événement est venu confirmer. Celle de l'observation n° 6 présentait une légère amélioration de ses souffrances lorsqu'est arrivée sa grossesse; dès le deuxième mois, non-seulement toute trace d'amélioration a disparu, mais les symptômes ont présenté une aggravation qui a été progressant jusqu'à l'accouchement. C'est là, en effet, la marche ordi-

naire, et toutes les femmes que nous avons observées ont bien remarqué qu'elles souffraient beaucoup plus vers les derniers mois de leur grossesse. Il semble encore qu'à chaque nouvelle gestation l'aggravation soit plus considérable qu'à la précédente; chez une de nos femmes, une première grossesse détermina l'apparition d'une arthrite sacro-coccygienne; dans une deuxième, elle souffrit de toutes ses symphyses. Les deux autres ont eu l'une quatre grossesses, l'autre deux depuis les premières manifestations de leur affection, et elles ont parfaitement constaté qu'à chaque fois les douleurs étaient plus marquées. M. Bonnaire a bien voulu nous signaler l'importance de cette action de la grossesse : ce n'est, en effet, pas un fait banal; par sa constance, elle montre bien le rôle que joue les modifications puerpérales des symphyses sur la production et le développement des arthrites pelviennes; elle a de plus une valeur pronostique pour l'évolution des grossesses futures.

Quand elle est enceinte, les souffrances que ressent la femme sont presque continuelles, d'une intensité variable suivant les cas et suivant l'époque de la gestation, elles peuvent être fort vives, et même atteindre au moment de leurs exacerbations le degré que l'on rencontre dans les arthrites aiguës. Pour les atténuer, la femme n'a d'autre ressource que de se condamner à un repos presque constant; c'est en effet là le meilleur remède et sous son influence elles s'atténuent considérablement.

L'action de la fatigue est aussi beaucoup plus nette pendant la grossesse; c'est là une notion qui ressort clairement de nos trois observations. Les femmes, chez qui la

marche et la station debout étaient à peine pénibles en temps habituel, étaient quelquefois obligées de rester au lit à la fin de leurs grossesses, tant étaient violentes les douleurs réveillées par les mouvements.

A côté de la fatigue et de la grossesse, nous avons à signaler l'action de deux nouveaux agents : les règles et les influences climatiques.

Les règles dans tous les cas que nous avons observés ont été l'occasion de crises douloureuses; en général, quelques jours avant leur arrivée, les souffrances devenaient constantes et très vives; elles persistent ainsi toute la durée de la période menstruelle pour ne s'effacer qu'un ou deux jours après sa disparition.

Nous avons constaté l'action des changements de temps chez deux malades; chez une notamment, elle était fort nette, nous l'avons vue avoir une crise exceptionnelle avec pleurs et cris un jour où le temps s'était mis à la neige.

Dans les arthrites chroniques il n'y a pas seulement une douleur spontanée au niveau des symphyses, il existe aussi une sensibilité à la pression, en tous points semblable à celle que nous avons constatée dans les arthrites aiguës, mais dans aucun cas nous n'avons rencontré la légère tuméfaction signalée dans cette dernière forme. Cette sensibilité paraît persister à un degré presque égal pendant ou en dehors des grossesses, que la malade souffre ou ne se plaigne pas et elle est fort vive. Dans les manœuvres employées pour la rechercher, M. Bonnaire conseille de ne pas se contenter pour le pubis de l'exploration par le vagin, car l'urèthre, se trouvant compris entre le doigt qui presse et l'os, est le siège dans les cas

très communs où il est le siège d'une gonorrhée latente, d'une sensibilité que l'on pourrait rapporter à la symphyse. On détermine encore de la douleur au niveau des jointures en rapprochant ou écartant les os iliaques, ou encore en imprimant des secousses au membre correspondant à l'articulation atteinte.

Soumise aux influences que nous venons d'énoncer, la maladie évolue caractérisée par une sorte de tendance douloureuse, qui tantôt reste latente, au point que la malade s'aperçoit à peine de son affection, tantôt au contraire se manifeste d'une façon fort vive ; mais même au moment de calme le plus complet, les symphyses sont sensibles, l'affection ne fait que sommeiller, et survienne une perturbation légère, elle éclatera à nouveau. La durée peut en être fort longue. Chez nos trois malades elle dure encore et l'une d'elles souffre depuis huit ans.

Cette longue durée, jointe à l'esprit général des symptômes, rappelle d'assez près certaines formes chroniques de relâchement pathologique des symphyses.

Dans un parallèle entre les deux affections, nous allons nous efforcer d'établir la nature de leurs rapports et de leurs différences.

Dans le relâchement pathologique il existe aussi de la douleur et de la sensibilité à la pression. Mais la douleur cesse quand la malade se repose pour reparaitre dès qu'elle se remet en mouvement, l'effet est constant et immédiat ; ici les mêmes influences persistent, mais nous ne voyons plus ce même caractère de régularité et de précision ; nos malades ont fort bien remarqué que certains jours où elles s'étaient reposées, elles souffraient

plus que d'autres pendant lesquels elles avaient éprouvé une certaine fatigue. De plus, il ne saurait être question dans le relâchement pathologique d'influence des changements de température et nous n'avons pas vue signalée l'action des règles.

Une grossesse se produisant chez une femme aux symptômes déjà mobiles et douloureux aurait certainement pour résultat d'aggraver cette situation; mais si, auparavant on avait pris soin d'appliquer à cette même femme une ceinture et par là de supprimer la mobilité de ses articulations, il est fort probable que la gestation suivante n'aurait pas réveillé les douleurs; tandis que chez les femmes que nous avons observées, quel que fût le traitement employé, l'augmentation des souffrances a toujours été la conséquence immédiate d'une nouvelle grossesse.

La sensibilité à la pression existe dans les 2 cas, mais nous n'avons pas qu'à enregistrer des ressemblances; dans le relâchement pathologique elle a tendance à disparaître quand la femme est au repos, ce qui n'a pas lieu dans les arthrites.

On trouve dans le relâchement pathologique, à côté de la douleur, un deuxième phénomène, c'est l'impotence fonctionnelle; chez nos malades nous n'avons constaté que la limitation des mouvements due à la douleur qu'ils provoquent, il n'y a pas ces difficultés et cette démarche spéciale si fréquente dans le relâchement. L'interprétation du fait est d'ailleurs facile : l'impotence est la conséquence du relâchement, et les femmes que nous avons examinées ne présentaient aucune mobilité articulaire; et

c'est là une nouvelle différence à noter et peut-être la plus importante; il ne saurait en effet y avoir de relâchement douloureux s'il n'y a pas d'écartement des symphyses.

Dans les localisations qu'affecte la douleur, nous trouvons encore une autre dissemblance; la coccydinie n'existe pas en effet dans le relâchement et cette remarque n'est pas sans importance si l'on envisage l'étiologie de cette affection. Très fréquemment elle coïncide avec la puerpéralité, mais elle reconnaît toujours dans ces cas une cause occasionnelle, soit une chute sur le siège par exemple, soit plus habituellement le traumatisme de l'accouchement; elle se rencontre d'ailleurs en dehors de la grossesse, chez des vierges et même dans le sexe masculin. Dans ces conditions il ne peut être question de ramollissement articulaire car dans le relâchement pathologique c'est le ramollissement qui est toute la maladie; mais l'on peut dire arthrite car, dans notre conception des arthrites, il n'en est que le point de départ favorable.

Si après avoir comparé les symptômes de chacune des affections, nous opposons au mode de début, à l'évolution, au traitement du relâchement pathologique ceux des arthrites chroniques; nous voyons que le mode de début est semblable, que certaines formes de relâchement affectent une marche tout aussi chronique que les arthrites, mais que le traitement apporte des résultats tout opposés dans la marche des deux affections. Théoriquement si le relâchement des symphyses est la seule cause des douleurs qui existent à leur niveau, ces douleurs doivent s'effacer quand en disparaît la mobilité. Dans la majorité

des cas, en effet, dès que la ceinture de Martin est appliquée, il se produit un soulagement immédiat, une apparence de guérison nette ; des malades qui étaient clouées au lit se lèvent et marchent.

Trousseau rapporte dans ses cliniques les brillants résultats qu'il a obtenu sur trois femmes atteintes de relâchement pathologique persistant après la délivrance. La première ne pouvait marcher qu'en se trainant de lit en lit et ses mouvements étaient douloureux ; on lui mit une ceinture, et elle put faire le tour de la salle, s'appuyant d'abord sur le bras de quelqu'un, puis toute seule ; douleurs et fatigue avaient disparu comme par enchantement. Chez une deuxième aussi malheureuse, le résultat fut semblable ; une troisième se sentit si bien soulagée qu'elle partit sur l'heure. Martin parle d'une dame qui depuis quatre ans ne pouvait faire que quelques pas de suite au bout desquels elle se serait affaissée si elle n'avait pu s'asseoir ou se soutenir ; elle éprouva un tel soulagement du port d'une ceinture qu'elle fit une heure et demie de marche le jour même de son application. Citons encore cette jeune femme dont parle M. le professeur Tarnier dans une de ses dernières cliniques. Se croyant guérie, elle avait quitté sa ceinture et était allée à la promenade, tout d'un coup elle ressent au niveau du pubis une douleur bien connue d'elle, et est incapable d'avancer. On court chercher sa ceinture, elle la met et peut reprendre sa promenade interrompue.

Voilà certes une longue liste de succès remarquables, et c'est là le résultat habituel, mais il n'est pas constant. A côté de ces cas si heureux, il en est d'autres où le traite-

ment par la ceinture a une action moins nette ; les douleurs diminuent simplement d'intensité, quelquefois même elles persistent entières. M. le professeur Tarnier cite comme exemple de ces faits le cas d'une Américaine souffrant depuis de longues années qui vint le trouver après avoir essayé toutes sortes de traitements, et à laquelle il fut impossible de procurer aucun soulagement par aucun moyen. L'affection est quelquefois si rebelle que M. Tarnier conseille d'avoir recours en dernier ressort à la symphyséotomie et de curetter les tissus ramollis cause de si longues douleurs.

Courty, Ahlfeld, supposent que c'est surtout dans les cas récents qu'agit la ceinture et que les formes qui ne guérissent pas sont celles qui datent de longtemps et chez qui on intervient trop tard. Il se peut qu'en effet ce soit-là une cause d'insuccès, mais si l'on remarque que la femme guérie si rapidement par Martin souffrait depuis quatre ans, on peut se convaincre que la condition n'est pas absolue.

Pour nous, il nous semble plus légitime d'admettre que dans les cas où la ceinture de Martin était sans effet, il y avait autre chose en plus du relâchement, et que ces formes de douleurs rebelles se rattachent par certains côtés à celles qui existent sans mobilité articulaire.

Dans les observations rapportées par Martin, on relève deux faits qui plaident bien en faveur de notre manière de voir. Parmi les femmes qu'il a traitées, il a obtenu chez deux les résultats suivants : La première contrairement à l'habitude a conservé au bout d'un certain temps le traitement de la mobilité des symphyses. Les douleurs

et l'impotence fonctionnelle reparaissaient dès qu'elle enlevait sa ceinture, pour disparaître à nouveau dès qu'on la réappliquait.

Chez une deuxième la ceinture produisit son effet ordinaire, les os se rapprochèrent, le symptôme propre au relâchement, l'impotence fonctionnelle disparut complètement, mais les douleurs persistèrent en partie; la malade pouvait exécuter des mouvements, mais ces mouvements étaient encore douloureux.

Le rapprochement de ces deux cas ne semble-t-il pas prouver que, dans le premier la douleur dépendait nettement du relâchement articulaire puisque le simple contact des os la faisait disparaître et que, dans le second elle en était indépendante, puisqu'elle persistait malgré le raffermissement des symphyses, malgré la disparition de la faiblesse des membres inférieurs.

La même remarque peut encore se faire dans deux des observations que nous apportons. Deux femmes atteintes d'arthrites chroniques devinrent enceintes dans le cours de leur affection; la grossesse, en même temps qu'elle aggrava les douleurs, donna lieu chez elles comme toujours à un relâchement des symphyses; néanmoins, chez toutes deux le port d'une ceinture ne produisit qu'un léger soulagement.

Et maintenant pour clore cette discussion, notre conclusion sera : que les arthrites chroniques des symphyses du bassin sont distinctes du relâchement pathologique de ces mêmes symphyses; que ces deux affections sont en général séparées, mais que, fort probablement, elles

peuvent dans certains cas exister en même temps sur le même sujet et évoluer parallèlement.

Si, ensuite, faisant pour les arthrites aiguës, ce que nous avons fait pour le relâchement pathologique, nous comparons les deux affections; nous ne trouvons plus comme précédemment des symptômes nouveaux caractéristiques d'une affection différente, nous voyons simplement des degrés dans l'intensité de symptômes analogues ou des dissemblances dans la marche et la durée de deux affections similaires. C'est qu'en effet, à côté des cas types d'arthrites aiguës ou d'arthrites chroniques que nous avons mis en vedette, il en est d'intermédiaires qui permettent de pressentir le passage de l'une à l'autre. A côté des cas aigus qui guérissent radicalement, il en est qui reparaissent à chaque grossesse nouvelle. A côté des formes rapides qui évoluent en quatre ou cinq semaines, il en est de subaiguës qui se prolongent dix-huit mois, comme en a vu une M. Budin. Et dans notre observation V, ne rapportons-nous pas l'histoire d'une femme dont l'affection, bien chronique actuellement, a revêtu après son deuxième accouchement toutes les apparences de l'arthrite vraiment aiguë.

L'arthrite chronique peut donc succéder à une arthrite aiguë. Mais est-ce à dire pour cela qu'au début de toutes les arthrites chroniques on trouve une période aiguë, l'arthrite chronique est-elle toujours une arthrite aiguë dont les symptômes se prolongent. Nous ne le croyons pas. Parmi les observations que nous rapportons, il en est deux, les numéros 6 et 7, où il ne nous pas été possible de relever de période aiguë dans l'évolution des

symptômes; les deux femmes dont il s'agit se sont toujours levées de très bonne heure après leurs couches et n'ont pas eu à souffrir de leur affection plus dans ces moments-là qu'à d'autres.

De plus ces formes d'arthrite chronique d'emblée ne nous paraissent pas être mono-articulaires comme l'arthrite aiguë; chez les femmes que nous avons observées, en effet, toutes ou à peu près toutes les symphyses étaient prises.

Ces considérations nous amènent à accepter l'existence d'arthrites chroniques primitives; ce qui porte à trois les circonstances dans lesquelles elles peuvent apparaître. Ces circonstances nous les résumons avant d'aborder l'étiologie.

L'arthrite chronique des symphyses pelviennes existe :

- 1° Comme conséquence d'une arthrite primitivement aiguë;
- 2° Comme affection primitive, chronique d'emblée;
- 3° Comme phénomène surajouté au relâchement pathologique.

Ne devons-nous voir dans les deux aspects revêtus par l'arthrite du bassin que des différences de degrés dans le mode d'action d'une même cause, ou au contraire les différences dans les symptômes sont-elles la conséquence de causes diverses. En un mot, arthrites aiguës et arthrites chroniques sont-elles de même nature ou reconnaissent-elles une étiologie différente.

Il est certain que dans les cas d'arthrite aiguë devenue chronique, on trouve au début de l'affection la cause des

arthrites aiguës, nous avons vu que cette cause est l'infection blennorrhagique.

Mais deux affections, dont l'une guérit en un mois et l'autre se prolonge des années, la première n'atteignant qu'une jointure et s'accompagnant de gonflement articulaire, l'autre envahissant toutes les symphyses qui ne sont nullement tuméfiées ne sont pas identiques, et il y a dans ce parallèle l'indication qu'elles ne relèvent pas d'une cause unique.

D'ailleurs les symptômes de l'arthrite chronique ne rappellent en rien ceux que revêt l'arthrite de la blennorrhagie. Et dans les cas où une arthrite aiguë est passée à l'état chronique, comme dans les formes chroniques d'emblée, nous croyons qu'il intervient des facteurs nouveaux que, vu le petit nombre des cas que nous avons observés, nous ne pouvons tous déterminer; mais, pour nous, l'arthrite chronique des diverses symphyses pelviennes reconnaît les mêmes causes que celle de l'articulation sacro-coccygienne. Elles ont en effet toutes leur début favorisé par la puerpéralité et la même durée souvent interminable; elles sont les unes et les autres remarquables par la disproportion des douleurs qu'elles causent avec l'absence de lésions apparentes.

De plus, l'existence constatée par nous d'une arthrite chronique sacro-coccygienne chez deux femmes atteintes en même temps de localisations douloureuses dans leurs autres symphyses, douleurs évoluant de la même façon dans les deux cas et subissant les mêmes influences, semble bien indiquer que, arthrite pubienne, arthrite sacro-iliaque et arthrite sacro-coccygienne sont de la même nature.

Le coccyx, ne s'articulant que sur une de ses faces, jouit d'une indépendance plus considérable que les autres os du bassin qui, s'engainant pour ainsi dire réciproquement, s'immobilisent les uns les autres; aussi est-il le plus exposé aux traumatismes. Il en résulte que l'arthrite sacro-coccygienne est la plus fréquente et de beaucoup la plus connue des arthrites chroniques du bassin. Mais les mêmes causes président à l'étiologie des unes comme des autres. Ces causes nous ne les rappellerons pas toutes. Nous nous contenterons d'en citer deux qui nous ont paru jouer un rôle dans les observations que nous avons recueillies.

La première est le surmenage génital; il est à remarquer, en effet, que les trois femmes que nous avons observées ont eu des grossesses très rapprochées et pour deux assez nombreuses.

Un deuxième fait constant dans nos observations, c'est l'existence de douleurs rhumatismales constatées non-seulement chez les malades mais aussi dans leur hérédité.

On est aussi frappé de l'analogie que présentent leurs douleurs avec celles que cause le rhumatisme chronique. On y rencontre cette intermittence dans l'apparition des symptômes, cette influence des changements de temps et de l'humidité depuis si longtemps considérée comme caractéristique des affections rhumatismales. On y voit encore ce caractère spécial aux douleurs chroniques des rhumatisants qui fait que chez ceux qui en sont atteints, les mouvements, pénibles au début, deviennent peu à peu indolores avec leur reproduction à mesure que le sujet s'entraîne en quelque sorte.

Toutes considérations qui font que nous attacherions volontiers une certaine importance à l'influence du rhumatisme dans le développement des arthrites chroniques du bassin.

Diagnostic et traitement des arthrites du bassin.

Le diagnostic reposera sur la constatation d'une sensibilité provoquée par la pression sur les symphyses. Si elle existe on ne pourra songer qu'au relâchement pathologique ou aux arthrites pelviennes.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères qui permettent de distinguer le relâchement des arthrites, nous nous contenterons d'indiquer comme facteurs importants la persistance en dehors de la grossesse d'une mobilité articulaire et les résultats fournis par la ceinture de Martin.

Entre les arthrites aiguës et chroniques, le diagnostic se fera par la marche des symptômes et la constatation d'un bourrelet œdémateux au niveau de l'interligne dans les cas aigus.

Il existe néanmoins un certain nombre d'affections qui, quoique n'ayant pas leur localisation anatomique au niveau des symphyses rappellent par leurs symptômes les arthrites pelviennes.

La névrite du plexus sacré entraîne des douleurs dont le siège est fort voisin de l'articulation sacro-iliaque et une certaine parésie des membres inférieurs qui peut aller jusqu'à la paraplégie ; si on ajoute qu'elle est due en général à une infection des suites de couches, l'ana

logie est assez grande. Mais, dans la névrite, les irradiations douloureuses vers la cuisse sont plus fréquentes. Il n'y a pas de tuméfaction articulaire, et en cherchant le point douloureux interne, on le rencontre plus bas et plus en dedans que celui de l'arthrite; de plus la pression externe sur l'article n'est pas douloureuse. Enfin dans les cas de névrite ancienne, le membre a perdu de sa force, il est quelquefois même paralysé et non limité par la douleur comme dans l'arthrite; il est de plus légèrement atrophié.

Les paraplégies dues à une affection de la moelle ou causées par l'hystérie s'accompagnent dans le premier cas de contracture, de troubles des sphincters, d'atrophie, et dans le deuxième d'anesthésie qui rendront toute confusion impossible.

Dans la sciatique, le point d'émergence du nerf est douloureux, mais il est bien rare qu'il n'y en ait pas d'autres; de plus la douleur qu'il occasionne n'est pas située au même endroit que celle causée par l'articulation sacro-iliaque enflammée; il est plus en dehors et en bas.

La névralgie lombdo-abdominale peut simuler les arthrites sacro-iliaques et l'arthrite pubienne, mais en recherchant soigneusement les points douloureux caractéristiques de chaque affection, on voit qu'ils ne coïncident pas. Ceux causés par la névralgie, en effet, siègent au niveau des trous de conjugaison, vers le milieu de la crête iliaque, au niveau de l'orifice interne du canal inguinal; un dernier, le point sus-pubien, est très rapproché de la symphyse pubienne, mais comme son nom l'indique, il est situé un peu au-dessus. De plus, il n'y a pas de localisa-

tions douloureuses à l'intérieur, et la marche n'exaspère pas les douleurs de la névralgie, comme celles de l'arthrite.

Mathews-Duncan a signalé deux cas d'endolorissement rhumatismal des ligaments sacro-sciatiques; la douleur se rencontre alors à leur niveau et non sur l'interligne sacro-iliaque.

Nous n'indiquerons que pour mémoire la tumeur blanche de la symphyse sacro-iliaque qui ne se montre pas dans les mêmes conditions, ainsi que l'arthrite coxo-fémorale et, du côté de l'abdomen, la typhlite ou l'appendicite.

Le traitement, semblable dans les grandes lignes, diffère un peu suivant que l'arthrite est aiguë ou chronique.

Les malades atteintes d'arthrite aiguë devront être condamnées au repos absolu au lit, et quelquefois même, suivant le conseil de M. Budin, la gouttière de Bonnet, qui permet de soulever les malades sans qu'elles aient à exécuter aucun mouvement, sera nécessaire. Cette importance du repos est très réelle, car un déplacement prématuré peut raviver les douleurs et prolonger la maladie.

Les révulsifs, les pointes de feu notamment, nous ont toujours semblé apporter un soulagement, passager il est vrai, mais immédiat, aussi M. Bonnaire conseille-t-il d'y recourir dans tous les cas.

Les analgésiques comme l'antipyrine et la phénacétine réussissent assez bien à calmer les souffrances très vives des formes aiguës et les périodes d'exacerbations des formes chroniques.

L'emploi de bains, d'injections chaudes, ou de lavements chauds est aussi avantageux.

Quant à la ceinture de Martin, nous avons vu qu'elle n'a plus dans les arthrites l'action remarquable qu'elle possède dans le relâchement pathologique. Néanmoins son emploi n'est pas illogique, elle maintient dans un repos relatif des articulations malades. Nous l'avons d'ailleurs vue employer deux fois chez les femmes que nous avons examinées, et elle a causé quelque soulagement ; Ahlfeld lui attribue la cure de plusieurs malades.

Enfin, dans les cas chroniques, un séjour dans une station thermale, les boues de Dax, par exemple, ne peut laisser que d'être fort utile.

CHAPITRE IV

Arthrites purulentes.

Autrefois, alors que la fièvre était la compagne habituelle des accouchements, la suppuration des symphyses était relativement fréquente mais actuellement, depuis l'application de l'antisepsie, elle devient fort rare, et nous nous empressons d'ajouter que nous n'en apportons aucune observation nouvelle.

Dans certains cas une infection générale a envahi tout l'organisme, et la suppuration des symphyses apparaît comme un phénomène accessoire au milieu d'un état général grave; l'arthrite n'est qu'une localisation de la pyohémie.

Le malade a présenté les symptômes habituels de cette affection. Le faciès est tiré et abattu, le teint est plombé, quelquefois même jaunâtre. Il y a de l'anorexie et souvent de la diarrhée. Le frisson caractéristique est apparu et le thermomètre décrit des oscillations de trois ou quatre degrés. Au milieu de cet ensemble de phénomènes, on

assiste à la formation d'abcès métastatiques qui peuvent se localiser dans le tissu cellulaire, toutes les articulations et presque tous les organes ; c'est dans ces conditions que les symphyses pelviennes peuvent être atteintes. Leur inflammation se révèle par les signes ordinaires de l'arthrite aiguë : de la douleur, de la rougeur, de l'empatement à leur niveau ; leur traitement est celui de tous les abcès, l'incision et le drainage ; et leur pronostic est celui de l'infection générale qui domine la scène presque toujours fatal d'ailleurs.

D'autres fois l'infection s'accompagne d'un cortège symptomatique moins grave, à tel point qu'alors les anciens auteurs avaient considéré l'arthrite comme primitive. Mais le frisson initial rapporté dans presque toutes leurs observations, la fièvre intense, la fréquence de la terminaison fatale et la rapidité avec laquelle elle se produit, ne laissent pas de doute sur l'étiologie de la suppuration articulaire. Ce n'est pas elle qui cause l'état général, mais elle est au contraire la conséquence de ce dernier, de l'infection qui a envahi primitivement l'organisme. Cependant, dans certains cas, le peu d'intensité des symptômes concomittants, la légère élévation de la température, la terminaison bénigne, éloignent l'idée d'une affection générale et, volontiers on serait tenté de considérer l'arthrite comme le symptôme à peu près unique de l'infection puerpérale.

Trousseau cite, dans sa cent-et-unième clinique, le cas d'une femme qui le consulta quelques semaines après son accouchement ; elle n'avait d'autres symptômes qu'une douleur dans la fosse iliaque du côté droit et une

fièvre constante. « L'utérus n'était point douloureux ; il n'existait pas d'écoulement, il n'y avait pas d'abcès pelvien, et une exploration attentive de la région fessière vint déceler une sensibilité très vive de la symphyse et un léger empâtement à son niveau. Une ponction ramena l'issue de quelques gouttes de pus verdâtre. »

Pour la description des arthrites infectieuses, nous ne saurions mieux faire que de reproduire le tableau qu'en a fait Joyeux dans sa thèse. « Quatre jours après l'accouchement environ, dit-il, la patiente éprouve une sorte de gêne, soit à la région sacrée, soit au voisinage du pubis ; gêne à laquelle ne tarde pas à succéder la sensation d'une douleur sourde tout d'abord, quelquefois vague, mais bientôt vive et aiguë. Cette douleur persiste au repos et donne lieu à des battements, des lancinations dans la jointure atteinte. Elle s'exaspère par le moindre mouvement du tronc ou des membres qui met en jeu les muscles insérés au bassin, tels que ceux qui consistent à se retourner dans le lit, à ramener les cuisses vers l'abdomen ou à écarter les jambes. La marche, la station debout ne sont pas possibles ; la malade couchée sur le dos garde un repos absolu. Les parties affectées sont chaudes, la pression y détermine de très vives souffrances ; autour d'elles se prononce une tuméfaction parfois considérable à laquelle participent parfois les tissus voisins. Si l'inflammation marche, du pus se forme à l'intérieur des symphyses, la douleur est profonde, pulsative, l'état général se modifie, le pouls devient petit et serré, la langue blanche et sèche, les urines rares et épaissies. » Et à l'appui de cette description, il rapporte six

observations dont quatre se sont terminées par la mort.

Actuellement on n'attendrait pas que les symptômes aient atteint le degré de gravité qu'il dépeint pour intervenir. Nous n'insisterons donc pas sur les complications graves signalées par les anciens auteurs, telles que : la compression des branches nerveuses par la poche fluctuante, l'ouverture de l'abcès dans la cavité du petit bassin, ou la nécrose des os, toutes choses qui ne doivent pas exister actuellement.

La cause de cette affection est toujours la même ; l'infection de l'article par un agent pathogène. Mais sa production dans les symphyse du bassin est influencée par plusieurs faits : tout d'abord le traumatisme. Le forceps, la tête du fœtus, si elle est trop grosse ou s'engage mal, produisent dans les jointures du bassin une distension qui peut aller jusqu'à la rupture. Et autrefois, quand tous les accouchements étaient plus ou moins septiques, ce qui rendait très grave le pronostic de la rupture de la symphyse pubienne, c'était la fréquence de l'inflammation consécutive. Les premières tentatives de symphyséotomie furent fréquemment suivies d'accidents parce que la symphyse pubienne sectionnée ou les symphyse sacro-iliaques tirillées devenaient fréquemment le siège de suppuration.

Mais il n'y a pas toujours séparation des symphyse, et bien souvent la suppuration articulaire est consécutive à des accouchements faciles pour lesquels on ne peut songer à un écart exagéré des branches pubiennes. Eh bien, là encore, nous devons invoquer le travail de relâchement articulaire qui s'est produit pendant la grossesse. L'évolu-

tion puerpérale a transformé la texture des jointures du bassin ; elle en a fait des tissus ramollis, infiltrés en quelque sorte, dont la vitalité est certainement inférieure. Leur vascularisation est augmentée, les capillaires laissent transsuder du sérum, tout est préparé pour l'inflammation ; il n'y a dès lors rien de surprenant à ce qu'il se fasse ici une sorte d'appel à l'infection et que l'arthrite pelvienne puisse se rencontrer à l'état d'affection isolée.

Le pronostic autrefois très grave est en réalité beaucoup moins sévère si, comme l'a montré Dührssen, on ne laisse pas au pus le soin de s'évacuer de lui-même. Le traitement est celui de toutes les suppurations, l'ouverture large et le drainage avec lavages antiseptiques. La guérison s'obtient au prix d'une ankylose qu'il est utile de connaître car elle a une grande influence sur le pronostic des accouchements futurs.

L'arthrite infectieuse ne pourrait être confondue qu'avec l'arthrite aiguë non suppurée ; mais le plus de volume de la tuméfaction, et la présence de la fièvre dans le premier cas, trancheront rapidement le diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Recueillie à la Pitié pendant un remplacement de M. Bonnaire.

Le 14 octobre 1892, entre à la consultation la nommée Stéphanie T..., domestique.

C'est une primipare au huitième mois de sa grossesse. Elle avait ressenti les premières douleurs la veille à 6 heures du soir ; l'accouchement était donc prématuré et elle en attribua la cause aux travaux pénibles qu'elle était obligée de faire.

C'est une présentation du sommet en OIGA.

Par le toucher on constate que la dilatation est commencée, elle atteint une pièce de 5 francs.

La dilatation complète a lieu à 10 heures du matin, la rupture de la poche des eaux à 10 h. 35, et l'accouchement se termine à 11 heures sans incident ; la délivrance a lieu 15 minutes après.

Quelques jours s'écoulent pendant lesquels les suites de couches sont complètement normales.

Le 18 octobre. — La malade ressent des douleurs vives au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, ces douleurs s'irradient dans toute la cuisse correspondante et s'exagéraient par la

pression au niveau de l'interligne. Il existe une impotence complète du membre inférieur gauche, ainsi qu'une constipation opiniâtre ; les douleurs sont assez vives pour empêcher tout sommeil.

Le toucher vaginal est tellement douloureux que l'on ne peut le pratiquer.

On donne des lavements chauds et l'on fait des injections hypodermiques qui ne donnent pas grand résultat sur la marche de l'affection.

Néanmoins le 22, les douleurs ont un peu diminué et le toucher est devenu possible ; il révèle l'existence d'un léger bourrelet induré au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, ce qui confirme le diagnostic déjà porté d'arthrite sacro-iliaque.

Les mouvements sont toujours impossibles tant sont vives les souffrances qu'ils réveillent.

On applique des pointes de feu sur la jointure, il en résulte un soulagement immédiat et assez marqué.

On administre en même temps une potion contenant 4 grammes de salicylate de soude à prendre chaque jour, et on la continue quatre jours de suite, mais l'effet n'en est pas bien net. Chaque soir on fait encore une piqûre de morphine à la malade pour lui procurer un peu de repos.

Le 28 octobre. — Les douleurs qui avaient un peu diminué, ainsi que l'impotence fonctionnelle du membre, reparaissent plus marquées.

On procède à une nouvelle application de pointes de feu et on administre à nouveau la potion au salicylate.

Il se produit une deuxième amélioration, les douleurs sont bien diminuées, et les mouvements, impossibles auparavant, peuvent s'exécuter, mais sont encore limités.

Le 15 novembre. — On fait de nouvelles pointes de feu, le

mieux est persistant et les mouvements deviennent de moins en moins douloureux.

Le 22. — La malade essaye pour la première fois de se lever, mais elle ne peut se tenir debout et est obligée de rester sur un fauteuil ; les jours suivants elle prolonge de plus en plus son séjour hors du lit, et le 25, elle fait pour la première fois quelques pas en s'appuyant sur une canne, et le 27 elle marche dans la salle sans le secours d'un aide.

Depuis, le mieux est toujours allé s'accroissant, et le 30 la malade part se considérant comme guérie.

Pendant toute la durée de l'affection, la patiente n'a jamais présenté de fièvre, et le thermomètre n'a jamais dépassé 37°,4.

OBSERVATION II (arthrite aiguë).

Thèse de Joyeux.

Marianne Hermann, âgée de 35 ans, entre à la clinique d'accouchements le 24 décembre 1840 vers la fin du neuvième mois de sa cinquième grossesse ; les quatre premiers accouchements ont eu lieu au moyen du forceps. Son deuxième enfant est seul en vie ; jamais ses suites de couches n'ont été mauvaises.

Du 20 au 21 janvier. — Elle ressent dans le ventre des douleurs intermittentes occupant surtout l'hypogastre.

Le 21. — Elle accouche assez facilement de deux jumeaux ; l'un est venu par la tête et pèse 3 kilogrammes, le deuxième par les pieds sept heures après l'autre, il est beaucoup moins fort que son frère.

La délivrance est normale ; elle est suivie d'une hémorrhagie

assez légère qui s'arrête d'elle-même. Il y a aussi des tranchées très fortes qui cèdent le lendemain à quelques pilules d'extrait de noix vomique.

Le 25 au soir, la malade éprouve dans les aines des sensations très pénibles qui sont marquées surtout quand elle veut remuer les jambes. Le pénil est un peu tuméfié, sans rougeur ; il est très sensible à la pression.

La nuit le sommeil est impossible à cause des douleurs ressenties dans le pubis et rendues plus aiguës par le moindre mouvement, par la pression la plus légère.

Le 27 au matin, on pratique le toucher vaginal, l'introduction du doigt est fort douloureuse ; on essaye de voir si les os sont mobiles mais on ne peut s'en assurer tant est pénible pour la malade la simple application de la main sur la branche horizontale de l'os des iles. Toute espèce de mouvement qui tend à ébranler l'arc antérieur du bassin est excessivement sensible. Il n'y a aucune douleur au niveau des symphyses sacro-iliaques.

L'état général est satisfaisant, il n'y a pas de malaises, l'appétit est bon et le pouls bat 68 pulsations.

On met des cataplasmes émollients sur les parties douloureuses.

Le 29. — La symphyse est toujours douloureuse aux attouchements et aux mouvements que fait la femme pour fléchir le tronc ou ramener en haut les extrémités inférieures. Il existe toujours une légère tuméfaction, l'émission des urines est facile et l'apyrexie complète.

On applique six sangsues, et le 30 on constate un soulagement marqué.

Le 31. — La malade essaye de se lever, elle peut se tenir sur ses jambes, mais elle ne peut marcher.

Le 2 février. — Il n'y a plus aucune douleur quand la malade repose sur le dos, mais dès qu'elle veut se retourner ou descendre de son lit, elle souffre beaucoup.

Le 4. — Lorsqu'elle meut la jambe gauche elle ressent de la gêne, des tiraillements au-dessus de la symphyse pubienne et de l'aîne, et au niveau des attaches des muscles internes de la cuisse, mais la jointure n'est plus sensible à la pression ni même pendant les mouvements.

Peu à peu la marche devient plus facile et plus assurée.

Le 12. — Vingt-troisième jour de ses couches la malade demande à rentrer chez elle, elle se trouve bien et ne souffre vers la région pubienne que lorsqu'elle a marché un peu trop longtemps.

OBSERVATION III (arthrite prolongée).

Empruntée au mémoire d'Ahlfeld.

Une jeune fille de 21 ans, primipare, se plaignait à son entrée à l'hôpital de douleurs dans la symphyse sacro-iliaque gauche. A la pression sur l'os iliaque et sur le sacrum on réveille des douleurs au niveau de l'interligne.

On soumet la malade au repos absolu au lit, on met huit sangsues au niveau de l'articulation puis on fait des applications de teinture d'iode.

Les douleurs sont très améliorées jusqu'au moment de l'accouchement.

A ce moment elles reparaissent très vives pendant que la tête passait par l'entrée du bassin ; elles disparaissent presque complètement au moment où elle est descendue dans le vagin.

Après la délivrance, comme les douleurs n'étaient pas trop fortes après l'accouchement on se contente de prescrire à la malade le décubitus horizontal.

A sa sortie la pression sur la face externe ne réveille aucune sensation douloureuse, mais le toucher interne est encore pénible.

L'affection se prolonge, et longtemps encore la femme se plaint de douleurs à l'endroit cité.

OBSERVATION IV (arthrite chronique).

Empruntée au mémoire d'Ahlfeld.

Le 29 novembre 1874, je fus appelé en consultation dans un petit village auprès d'une jeune femme accouchée du mois de mai.

Elle se plaignait de très fortes douleurs dans la partie inférieure du corps; ces douleurs survenaient par crises très violentes qui se montraient tous les quarts d'heure à peu près, les accès étaient si intenses que pendant leur durée, la malade criait, tapait du pied, et cassait tout ce qu'elle avait sous les mains.

Son médecin avait employé tous les traitements possibles mais n'avait guère réussi qu'à calmer légèrement les symptômes.

Dans l'histoire de la malade on trouvait quelques symptômes d'hystérie, d'autres au contraire étaient opposés à cette idée.

La malade était grande, bien bâtie.

Pendant son accouchement la tête était restée longtemps engagée; le médecin à son arrivée avait opéré l'extraction par le forceps, l'enfant s'était présenté par la face et avait une bosse séro-sanguine.

Les premiers jours après son accouchement, la malade était incapable d'exécuter aucun mouvement dans son lit; pendant six jours elle fut obligée de rester étendue sur le dos, elle res-

sentait des douleurs dans tout le corps, mais surtout au niveau du bassin.

Dans la nuit du 17 au 18 mai, elle avait eu un frisson, le 18 deux autres; le 20, la fièvre augmente et dure jusqu'au 24, la cause en était l'existence d'une mastite.

Elle se lève au bout de quinze jours; mais dans la deuxième semaine, après s'être levée, les douleurs reparurent au niveau des reins et du bassin et l'empêchèrent de marcher, puis elles devinrent moins vives sans disparaître complètement néanmoins. La neuvième semaine les douleurs augmentèrent d'intensité, le médecin prescrivit quelques injections qui apportèrent un peu de soulagement.

La patiente passe par des alternatives de mieux et de plus mal très marquées, de sorte qu'elle peut s'occuper chez elle.

Pendant quelques semaines elle se décide à rester couchée et les douleurs devinrent plus supportables.

Vers la fin d'octobre, elles s'aggravèrent à nouveau et la malade fut obligée de s'aliter huit jours, le médecin mit un pessaire qui procura quelque soulagement.

Mais les souffrances continuent à devenir de plus en plus intenses et de plus en plus fréquentes, la malade ne peut marcher sans ressentir de grandes douleurs; elle souffre même lorsqu'elle est assise, même lorsqu'elle est couchée.

Quand j'arrivai, elle était dans un paroxysme et comparait ses souffrances à celles qu'on lui aurait causées si on l'avait piquée avec des aiguilles depuis les reins jusqu'au bassin.

A l'examen du bassin, on provoquait au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite par la pression sur la symphyse ou l'écartement des os, des crises douloureuses semblables à celles que causait la marche.

Je prescrivis un bandage serrant fortement les os pelviens et le repos absolu. Au bout de douze jours, on constata une grande

amélioration dans l'état de la malade et si elle conserva longtemps encore des douleurs plus légères, elle n'eut plus de ces grandes crises si pénibles.

OBSERVATION V (personnelle).

(Polyarthrite chronique):

Jeanne P..., fleuriste, âgée de 21 ans.

Son père est mort alors qu'elle était toute jeune, elle ne sait rien sur l'état de sa santé.

Sa mère est sujette aux douleurs rhumatismales et une tante, sœur de sa mère, chez qui elle est actuellement, souffre très fréquemment de ces mêmes douleurs.

Elle a été réglée à 13 ans, ses règles étaient très abondantes et s'accompagnaient de souffrances dans les reins et le ventre.

A 15 ans, elle a été atteinte d'une sorte de rhumatisme articulaire apyrétique et sans localisations précises. Les douleurs siégeaient surtout dans les membres inférieurs et elles étaient parfois assez vives; cet état a disparu au bout de trois semaines et depuis la malade ne s'en est plus ressentie.

A 18 ans elle se marie et devient enceinte deux mois après. La grossesse se passe sans incidents jusqu'au septième mois; à cette époque, elle fait une chute dans un escalier; les pieds ayant glissé en avant, elle tombe sur le siège. Immédiatement elle éprouve dans cette région une douleur fort vive qui l'empêche de se relever. Néanmoins cette sensation est passagère et se calme assez pour lui permettre de passer la soirée au théâtre. Pendant un mois la malade ne ressent des douleurs assez légères que lorsqu'elle est assise ou qu'elle va à la selle.

Mais à la suite d'une promenade trop prolongée survint une aggravation des souffrances ; à partir de ce moment la position assise devient intolérable et la malade ne peut la supporter qu'à la condition de se pencher en avant, elle ne peut non plus rester sur le dos, la marche aussi augmente les douleurs et la défécation ne peut s'accomplir qu'aux prix de vives souffrances.

Cet état persiste pendant les quinze jours qui séparent la malade de l'accouchement qui eut lieu le 15 juin 1893.

L'enfant se présenta par le siège et le travail fut très pénible. Dès le début elle ressentit au coccyx une douleur qui alla s'accroissant pour atteindre son apogée pendant l'expulsion.

Les suites de couches s'accompagnèrent de fièvre et de douleurs de ventre, la coccydinie était aussi très intense. La malade essaya de se lever au bout de quatre jours, mais elle ne pût se tenir debout et dût se recoucher pour se lever à nouveau trois jours plus tard.

Au bout d'un mois, la malade qui était allée pour accoucher dans sa famille revient à Paris.

Ses règles reparurent quarante jours après l'accouchement, mais comme elles étaient abondantes et douloureuses, et que les souffrances au coccyx persistaient, elle se présente le 13 août 1893 à la consultation du service de gynécologie médicale de l'Hôtel-Dieu.

M. Bonnaire porta le diagnostic de légère métrite post-puerpérale. Arthrite coccygienne.

On lui prescrivit des injections et des lavements chauds, et tous les 15 jours on lui appliqua des pointes de feu à la base du coccyx. Ce traitement ne guérit pas son arthrite, mais l'amende sensiblement ; les pointes de feu notamment, faisaient disparaître presque complètement les douleurs pendant les deux ou trois jours qui suivaient leur application, mais elles reparaissaient ensuite.

Au mois de mars 1894 la malade ne vit pas ses règles, et presque au même moment ses douleurs coccygiennes que le traitement avait un peu améliorées reprirent une intensité nouvelle.

Le 1^{er} avril elle vint à nouveau consulter et on l'admit à l'hôpital. La disparition de ses règles et l'aggravation de la coccydinie firent porter à M. Bonnaire le diagnostic de grossesse probable d'un mois et demi.

On mit la malade au repos absolu, on lui donna des lavements chauds et on lui fit de nouvelles applications de pointes de feu. Tout d'abord les phénomènes s'amendèrent très rapidement et disparurent presque pendant 15 jours, mais sans raison aucune, ils reparurent presque aussi intenses, et au bout de trois semaines la malade quitta l'hôpital.

Trois mois après apparurent de nouvelles localisations douloureuses, au niveau de l'aîne, à la partie supérieure de la fesse et dans les reins. Au début, ces douleurs avaient l'aspect suivant : La marche les aggravait en général, mais elles conservaient un certain caractère de spontanéité, et la malade insiste sur ce fait, que certains jours où elle s'était fatiguée, elle souffrait fort peu ; tandis que d'autres, quoiqu'elle n'eût rien fait pour les aggraver, ses souffrances présentaient de très vives exacerbations. Certains actes, comme celui de monter un escalier, provoquaient dans ses jointures des lancements fort vives. L'arthrite sacro-coccygienne rendait la position assise impossible, et quand le coccyx heurtait un siège, la souffrance était si vive que la malade la caractérise en disant qu'il lui semblait s'asseoir sur un couteau.

Les choses furent s'aggravant avec l'âge de la grossesse et l'influence nuisible de la fatigue devenait de plus en plus nette.

Le 10 octobre. — La malade se présente de nouveau à la consultation de l'Hôtel-Dieu ; à ce moment la marche était presque impossible tant les douleurs étaient augmentées.

A l'examen on trouve : Une grossesse de sept mois. Toutes les articulations du bassin sont douloureuses.

L'articulation sacro-coccygienne est la plus sensible.

La symphyse pubienne est très douloureuse à la pression et, si on fait le toucher, la malade étant debout et marchant sur place, on constate un écartement des deux faces articulaires.

Les symphyses sacro-iliaques sont douloureuses surtout par le toucher vaginal et la droite paraît plus sensible que la gauche.

On soumet la malade au même traitement que précédemment et on l'oblige au repos absolu ; de plus on lui applique une ceinture. Les symptômes s'amendent un peu mais il persiste des douleurs sourdes et continues.

Au bout de trois semaines la malade sort et rentre chez elle ; mais elle n'y reste que huit jours au bout desquels, n'y pouvant tenir, elle entre à l'asile Michelet. Là à la fin de la semaine le travail se déclare et on transporte la malade pour accoucher à l'Hôtel-Dieu.

L'accouchement fut beaucoup plus rapide que le premier, mais les douleurs au coccyx étaient des plus vives, celles des autres articulations au contraire furent à peine perçues.

Pendant les dix premiers jours après son accouchement, la malade ressentit dans toutes ses articulations pelviennes des douleurs lancinantes très vives qui rendaient tout mouvement impossible ; et que seule l'antipyrine pouvait calmer un peu.

Ces symptômes s'amendèrent peu à peu, et au bout de quinze jours, la malade essaya de se lever, mais elle ne pût se tenir debout, et ce n'est qu'au bout de vingt-et-un jours qu'elle pût se lever définitivement, elle quitta alors l'hôpital éprouvant encore dans ses articulations des douleurs qui allaient s'atténuant.

Nous l'avons revue le 21 février 1895.

Elle souffre toujours au niveau du coccyx quand elle est assise ou quand elle va à la selle. Les douleurs au niveau des autres

jointures sont beaucoup moindres; nulles la plupart du temps, elles se montrent passagèrement après une fatigue quelquefois même sans raison apparente.

La pression au niveau des symphyses réveille toujours une vive sensibilité; on ne constate pas de relâchement.

OBSERVATION VI (personnelle).

Arthrite chronique.

Marie C..., âgée de 27 ans, domestique.

Son père et sa mère vivent encore, elle ne sait pas qu'ils aient fait de maladie sérieuse.

Elle a eu la rougeole à 5 ans; à 16 ans elle a eu une bronchite à la suite de laquelle elle a eu des douleurs rhumatismales; ces douleurs ont duré environ quinze jours, mais leur disparition n'a pas été complète et longtemps après la malade a conservé une tendance aux douleurs vagues et sans localisations fixes.

Les règles se sont montrées pour la première fois à quatorze ans, elles ont été normales.

A vingt ans elle s'est mariée; elle est devenue enceinte un mois après, la grossesse a été normale et l'accouchement s'est fait à terme; elle s'est levée le troisième jour de ses couches sans que cette imprudence ait paru avoir aucune conséquence fâcheuse.

Elle a nourri son enfant au sein et l'a sevré à seize mois; son retour de couches s'est effectué un mois environ après. La malade a vu ses règles trois mois encore; puis le quatrième, l'intervention d'une nouvelle grossesse les a supprimées de nouveau.

Cette grossesse a été aussi normale, ainsi que l'accouchement et les suites de couches. La malade a encore voulu nourrir son

enfant, mais elle a eu au bout de quinze jours des abcès au sein qui l'ont obligée de renoncer à l'allaitement.

Les règles ont reparu dix mois après l'accouchement ; la première fois elles ont été un peu douloureuses, il y avait aussi dans leur intervalle quelques pertes blanches, mais ces symptômes étaient assez légers et la malade ne s'en est pas autrement inquiétée.

En décembre 1891, nouvelle suppression des règles, avec, trois mois après, quelques vomissements qui cessent d'ailleurs bientôt.

Mais au troisième mois de sa grossesse, la malade éprouve au pubis et dans les aînes une douleur qui sourde d'ordinaire était traversée de poussées fort aiguës. Elle attribua ces sensations à un effort qu'elle avait fait deux jours avant leur apparition pour soulever un fardeau.

Quinze jours plus tard des souffrances analogues se montrèrent dans d'autres endroits ; dans le bas des reins et dans le haut de la fesse des deux côtés, un peu prononcées néanmoins du côté gauche.

Ces douleurs étaient aggravées par la fatigue, et à mesure qu'avancait sa grossesse, la malade pouvait de moins en moins marcher et se tenir debout ; les 15 derniers jours elles étaient presque continuelles et la malade garda presque constamment le lit.

Pendant l'accouchement qui se fit à terme, elle ressentit dès la première contraction des souffrances fort vives, comme si on lui eût enfoncé une pointe, dit-elle, au niveau du pubis et de l'articulation sacro-iliaque gauche ; à droite cette sensation n'exista pas. Ces douleurs furent perçues pendant toute la durée de l'accouchement, mais vers la fin leur intensité était fort diminuée.

Après la délivrance, elles persistèrent pendant deux jours, analogues à ce qu'elles étaient pendant la grossesse ; mais les jours suivants, elles diminuèrent progressivement et la malade se leva le quatrième.

A ce moment, des souffrances se présentaient ainsi. Elles n'étaient pas constantes. Certains jours elle souffrait presque tout le temps, d'autres beaucoup moins, quelquefois même pas du tout, et les douleurs pouvaient se grouper par périodes d'une durée en général courte, atteignant deux ou trois jours au maximum. Pendant ces périodes, la malade ressentait presque constamment une sensation de meurtrissure pénible au niveau de ses symphyses et le moindre mouvement y faisait naître de très vifs élancements. Ces périodes étaient séparées par des moments de calme pendant lesquels la malade souffrait rarement ; mais même alors, les mouvements brusques, les efforts causaient encore une douleur très vive et passagère.

La malade ne sait trop quelle influence gouverne ces alternatives ; elle a néanmoins remarqué que les périodes douloureuses étaient beaucoup plus rapprochées et plus longues quand le temps était humide et pluvieux.

Pendant les périodes où les douleurs se faisaient sentir la marche et la station debout devenaient très pénibles et parfois même, au moment des exacerbations, elles étaient impossibles. Pendant les moments de sédation, au contraire, la malade pouvait marcher et même faire d'assez longs trajets ; elle ne souffrait que un peu après une course pénible ou au début d'une marche si elle avait fait des mouvements trop brusques.

Trois mois après son accouchement, elle fut obligée de quitter son pays ; elle laissa son enfant aux soins de sa mère et vint à Paris.

Un mois et demi après son arrivée, elle eût ses premières règles. Elles furent annoncées par de vives douleurs qui persistèrent toute leur durée et depuis la malade a toujours remarqué cette influence nuisible des règles sur ses souffrances.

Cet état persiste jusqu'à l'âge de 25 ans ; la malade constate même une légère rémission des phénomènes, les crises doulou-

reuses paraissent moins intenses et leur fréquence est un peu diminuée.

En avril 1893, les règles se suppriment de nouveau; et deux mois après survient une exacerbation des douleurs qui ne tardent pas à acquérir une intensité égale à celle qu'elles avaient auparavant, elles la dépassent même bientôt, et au sixième mois de la grossesse, les souffrances étaient presque continuelles et la marche fort difficile; mais, malgré l'état de gestation, il existait une certaine indépendance entre la fatigue et l'apparition des douleurs.

Elle revint consulter son médecin qui conseille à nouveau l'antipyrine; il prescrit en même temps des bains, le repos absolu et le port d'une ceinture. Tous ces moyens amènent non la disparition des souffrances, mais une diminution dans leur violence, et la malade peut mener à bien la fin de la grossesse.

Au moment de l'accouchement, les douleurs furent les mêmes que la première fois; les suites de couches furent aussi analogues; néanmoins la malade dit avoir souffert un peu plus à ce moment que la première fois, et elle ne s'est levée que le dixième jour.

Il s'écoule encore huit mois pendant lesquels les symptômes redeviennent ce qu'ils étaient avant la grossesse, et c'est dans cette situation que la malade vient se présenter le 14 novembre 1894 à la consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu.

Par la pression interne et externe sur la symphyse pubienne on détermine une vive douleur, la même manœuvre opérée sur les symphyses sacro-iliaques révèle aussi chez elle l'existence d'une grande sensibilité plus prononcée à gauche qu'à droite. Il n'y a aucune trace de gonflement ni de sensibilité anormale.

En cherchant à écarter ou à passer en travers les os iliaques on produit aussi de la douleur au niveau des symphyses.

On ne constate l'existence ailleurs d'aucun autre point douloureux.

On diagnostiqua : polyarthrite pelvienne chronique, et le traitement fut le suivant :

Tous les 15 jours on fit venir la malade pour appliquer des pointes de feu au niveau des symphyses, on lui fit prendre des bains sulfureux, ainsi que des injections chaudes et de l'antipyrine au moment des crises.

Après cinq mois de ce traitement les douleurs ont beaucoup diminué d'intensité et reparaissent plus rarement.

Nous avons revu la malade le 25 février ; les symphyses sont encore très sensibles à la pression.

OBSERVATION VII (personnelle).

Arthrite chronique.

Maria A..., âgée de 32 ans.

Son père et son frère sont très sujets à des douleurs abarticulaires.

La malade n'a eu aucune affection sérieuse dans son enfance ; la menstruation s'est établie chez elle à onze ans, mais jamais d'une façon régulière ; elle était chlorotique et ses règles manquaient souvent. Elle avait aussi quelques pertes blanches.

Elle s'est mariée à 18 ans, et trois mois après son mariage elle est devenue enceinte ; elle a eu une grossesse assez pénible avec vomissements et malaises fréquents ; néanmoins elle a accouché à terme et d'une façon normale.

En 1883, elle est devenue enceinte de nouveau ; la grossesse et l'accouchement se sont passés sans incidents, mais les suites

de couches ont été pathologiques; elle a eu de la fièvre des lochiés fétides et des douleurs de ventre. Elle s'est néanmoins levée au bout de huit jours, mais elle avait conservé des douleurs dans le bas-ventre et des pertes abondantes. Au bout de trois mois elle a consulté un médecin des environs qui a porté le diagnostic de métrite; elle a paru guérie au bout de quatre ou cinq mois de traitement.

Elle a eu ensuite, en 1884 et 1886, deux nouvelles grossesses qui, malgré la métrite précédente, se sont passées sans incidents.

Dans l'intervalle des deux grossesses, elle était venue habiter Paris.

En 1837, elle devient enceinte une quatrième fois, mais dès le début, cette nouvelle grossesse s'accompagna de phénomènes particuliers du côté du bassin.

La malade éprouvait dans la partie supérieure de la fesse gauche des douleurs se prolongeant jusqu'à la naissance de la cuisse en arrière et se repercutant en avant dans la région inguinale; ces douleurs s'exagéraient considérablement par la marche et la station debout, et rendaient ces deux situations très pénibles et, même quelquefois, impossibles.

Lorsque la malade s'asseyait, elle les ressentait surtout dans le bas des reins vers le coccyx.

Le décubitus lui procurait seul un soulagement, et elle était obligée de se coucher fréquemment pour calmer ses souffrances.

Les changements de temps produisaient aussi une exacerbation fort nette des douleurs.

Le travail eut lieu à terme et elle entra pour accoucher à la Clinique de la rue d'Assas.

Les contractions furent peu douloureuses, mais tout le temps que dura le travail la malade ressentit des douleurs dans la fesse gauche et au niveau de la symphyse pubienne.

Elle resta quinze jours au lit, après lesquels elle quitta l'hôpital guérie en apparence. Au bout de ce temps les douleurs reparurent, mais elles n'étaient pas constantes comme pendant la grossesse; nulles à certains moments, la femme les ressentait parfois sans raison apparente, mais sourdes et assez légères. La fatigue les réveillait rarement et, lorsqu'elles existaient, la marche, douloureuse et difficile au début, devenait de moins en moins pénible à mesure que la femme s'entraînait en quelque sorte.

Deux causes avaient pour effet de les réveiller et de les aggraver et, pendant leur influence, le repos procurait à peine du soulagement. C'était d'abord les changements de temps; les orages en été et la neige en hiver avaient une action particulièrement nocive.

La deuxième circonstance était l'arrivée des règles. Quatre ou cinq jours avant leur apparition, les douleurs acquéraient une grande intensité avec exacerbations très vives qui persistent pendant toute la durée des règles et ne cessent en général qu'après leur disparition.

Tout le temps qu'agissaient ces deux influences, la marche, la station debout et même assise étaient presque impossibles.

La malade accusait aussi une grande irrégularité dans la menstruation et quelques pertes blanches.

En 1889, elle eût une cinquième grossesse qui présenta les mêmes caractères que la précédente avec cette particularité que les souffrances furent un peu plus aiguës. Elle alla consulter un médecin qui pensa à des compressions nerveuses et donna un traitement resté sans résultats.

De 1890 à 1892, elle eût deux nouvelles couches qui s'accompagnèrent des mêmes douleurs ayant le même caractère de gravité progressive à tel point que la malade fut obligée de passer au lit près de la dernière moitié de sa septième grossesse.

Le dernier accouchement fut rendu très pénible par la présence d'un fœtus hydrocéphale.

Dans l'intervalle de chaque grossesse, les symptômes furent ceux que nous avons décrits après la quatrième, mais s'accroissant de plus en plus ; l'aggravation était néanmoins moindre que celle qui se produisait dans les phénomènes ressentis pendant les périodes de gestation.

Au mois de décembre 1893, elle devint enceinte une huitième fois ; mais au bout de trois mois, elle eût une hémorrhagie abondante suivie d'avortement. Elle fut très mal soignée et présenta des phénomènes fébriles avec douleurs dans le bas-ventre, violents maux de tête et vomissements.

Elle essaya de se lever au bout de huit jours, mais elle ne pût se tenir et dût se coucher quinze jours encore. A ces souffrances habituelles étaient venues s'ajouter une douleur et une pesanteur constantes dans le ventre ; elle avait des pertes abondantes d'une couleur verdâtre avec de temps en temps quelques légères hémorrhagies.

Tous ces symptômes s'aggravant de jour en jour, elle se décida à se présenter à la consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu, le 21 septembre 1894.

Par le toucher on trouva le corps de l'utérus gros, dur et douloureux, et le corps lui-même notablement développé.

Par la pression d'avant en arrière sur le coccyx on déterminait une vive sensibilité au niveau de son attache avec le sacrum. Le doigt porté dans le fond du vagin à gauche au niveau de l'articulation sacro-iliaque produisit aussi de la douleur ; du côté droit, le même phénomène n'eut pas lieu.

A l'extérieur, la pression était aussi fort pénible au niveau de la symphyse pubienne et de la symphyse sacro-iliaque gauche.

En approchant ou en éloignant l'un de l'autre les deux os ilia-

ques on produisait des sensations très douloureuses au niveau des symphyses iliaques et pubiennes.

Aucune de ces articulations ne présentait de mobilité perceptible.

Le diagnostic porté fut : métrite parenchymateuse et polyarthrite pelvienne.

La métrite fut traitée par l'hydrothérapie chaude et les pansements décongestifs, elle est actuellement en état de régression notable.

Quant à la polyarthrite pelvienne, on administra d'abord du salicylate de soude qui resta sans effet. Mais un mélange de salol et d'antipyrine réussit beaucoup mieux et la malade en retire de grands soulagements dans les périodes d'exacerbations de ses douleurs. De plus on procède tous les huit jours à des applications de pointes de feu qui donnaient aussi comme calmant des résultats appréciables.

Actuellement l'état de la malade semble s'être un peu amélioré ; elle a néanmoins encore, à l'occasion des influences habituelles, des crises de douleur fort vives. La sensibilité des symphyses est aussi nette que lorsqu'elle est venue consulter la première fois.

Pour la première fois, il y a sept ans, la malade avait éprouvé des douleurs d'apparence rhumatismale dans d'autres parties du corps, mais pendant deux ans elles sont restées assez légères.

Depuis 1890 elles ont été plus violentes, et à plusieurs reprises, elles se sont localisées dans l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche qui enfla parfois et devient très sensible.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous nous croyons autorisé à tirer de ce travail sont les suivantes :

Chez toutes les femmes enceintes, il se produit dans les symphyses pelviennes un ramollissement qui augmente avec l'âge de la grossesse.

Ce ramollissement favorise la production d'arthrites qui sont, les unes aiguës, les autres chroniques. Les arthrites aiguës revêtent deux formes différentes.

La première non suppurée s'accompagne d'une légère tuméfaction et de vives douleurs ; elle est d'essence blennorrhagique.

La deuxième suppure, elle est la conséquence de l'infection puerpérale.

Les arthrites chroniques des symphyses pubiennes et sacro-iliaques sont analogues à l'arthrite plus connue de l'articulation sacro-coccygienne ; et reconnaissent un

même processus étiologique. Elles peuvent succéder à l'arthrite aiguë ; elles peuvent être chroniques d'emblée qu'elles soient seules en cause ou qu'elles évoluent comme complication d'un relâchement pathologique *prolongé*.

Vu : le Président de la thèse,
STRAUS

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- LOUIS. — Communication à l'Académie royale de Chirurgie, 1819.
- VELPEAU. — Recherches et observations sur la phlegmatia alba dolens, 1824.
- DESORMEAUX. — Article bassin du Dictionnaire en 30 volumes.
- JOYEUX. — De l'inflammation des symphyses du bassin après l'accouchement (Thèse de Strasbourg), 1842.
- MARTIN. — Mémoires de la société de Chirurgie, 1843.
- MALGAIGNE. — Journal de Chirurgie (observat. de Hiller), 1844.
- PIGEOLET. — Revue Médico-Chirurgicale. T. III, 1848.
- TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel-Dieu. T. III, 1865.
- FEUILLET. — Des arthrites du bassin qui arrivent pendant la grossesse et après l'accouchement. Thèse de Paris, 1866.
- FOURNIER. — Discussion à la Société médicale des Hôpitaux, 1866.
- BUDIN. — Mouvements de la symphyse pubienne pendant la grossesse (Progrès médical, 1875).
- CORDON. — Mémoire sur l'inflammation suppurative de la symphyse pubienne (Boston medical, 1876).

- AHLFELD. — Die Verletzungen der Beckengelenke während der Geburt Und in Wochembette (Schmidt's Jarbücher, 1876).
- DESPLATS. — Influence du rhumatisme sur la production des périarthrites scapulo-humérales, 1872.
- BOURCY. — Pseudo-rhumatisme infectieux. Thèse de Paris, 1883.
- GEORGIADÈS. — De l'arthrite génitale survenue pendant la grossesse et dans le cours de la lactation (Thèse de Paris, 1883).
- IRESO. — De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéo-arthrites (Th. de Paris, 1883).
- PATENOSTRE. — De l'identité de l'arthrite puerpérale et de certains rhumatismes blennorrhagiques (Thèse de Paris, 1884).
- LAPERSONNE. — Des arthrites infectieuses (Thèse d'agrégation, 1886).
- COURTY. — Dictionnaire de médecine (Article bassin).
- DUHRSEN. — Inflammation des symphyses pelviennes. Archives fur gynæk. T. XXXV.
- CONKLIN. — American Journal of Obstetric, 1892. The pelvic symphyses in pregnancy and parturition.
- BUDIN. — Arthrites puerpérales (Progrès médical, 1893).
- VINAY. — Maladies de la grossesse, 1894.
- BRAUN. — Ueber symphysenlockerung und symphysenruptur (Archives fur gynæk. T. 48).
- Cendrablats fur gynækologie.
- TARNIER. — Du relâchement pathologique des symphyses (Clinique de 1894).

